2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征分析

孙旭海 [1]，石秀秀 [2]，赵峥峥 [1]，韩金祥 [3*]

1. 100120 北京市，北京市西城区德胜社区卫生服务中心精神疾病防治科

2. 100144 北京市，北京协和医学院护理学院

3. 100035 北京市，北京市西城区精神卫生保健所精防社区科

*通信作者：韩金祥，科长，副主任护师，E-mail：hjxdsl@163.com

【摘要】 **背景** 目前严重精神障碍患病人群与收治能力存在缺口，多数患者长期生活在社区。通过基层社区卫生机构为该人群提供及时、有效的初级精神卫生服务具有重要意义。**目的** 分析 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征，为开展社区精神疾病防治提供参考。**方法** 从北京市精神卫生信息管理系统调取社区严重精神障碍患者信息，采用描述性方法对资料进行统计分析。**结果** ①2011—2021 年历年新增患者多于死亡患者，患病率从 2012 年开始逐年上升。②与基线比较，2021 年精神分裂症构成比减少，双相情感障碍增加；教育程度小学及以下患者构成比减少，大专及以上患者增加；在职、年龄≥46 岁、未建档期≤5 年患者构成比较基线增加，以上均具有统计学差异（$P<0.05$）。③2011—2021 年新增患者 212 例，精神分裂症及双相情感障碍居 6 类严重精神障碍前两位；首发年龄集中在 19～45 岁段（65.57%）；未建档期 5 年及以下患者最多（40.57%），平均中位数 8.50 年。④2011—2021 年死亡患者 90 例，精神分裂症患者死亡最多，为 78 例；死亡患者 60 岁以上年龄段最多（74.45%），死因前三位依次为躯体疾病、自杀、意外死亡，YLL 率波动在-0.250‰～1.436‰。**结论** 2011—2021 年社区严重精神障碍患者新增多于死亡，患病率成上升趋势，新增患者未建档期缩短，死亡患者以老龄躯体疾病为主，应采取针对性措施应对前述变化。

【关键词】严重精神障碍；社区；新增；死亡；患病率

【中图分类号】：

Characteristic analysis of the newly increase and death of patients with severe mental illness in a community in Beijing from 2011 to 2021

SUN Xuhai[1], *SHI Xiuxiu*[2], *ZHAO Zhengzheng*[1], *HAN Jinxiang*[3*]

1. Department of Mental Illness Prevention and Treatment, Desheng community health service center, Beijing 110120, China

2. School of Nursing, Peking Union Medical College, Beijing 100144, China

3. Community Mental Health Prevention Department, Mental Health Care Institute of Xicheng

District, Beijing 100035, China

Corresponding author: HAN Jinxiang, Section Chief, Deputy Chief Nurse, E-mail: hjxdsl@163.com

【Abstract】 Background There is a gap in the population with severe mental illness and their ability to receive and cure, and most patients live in the community for a long time. Providing timely and effective primary mental health services to this population is significant through community health institutions. **Objective** To analyze the characteristics of the new increase and death of patients with severe mental illness in a community in Beijing from 2011 to 2021 so as to provide references for the prevention and treatment of community mental illness. **Methods** The information of community patients with severe mental illness was retrieved from the mental health information management system of Beijing, and descriptive methods analyzed the data. **Results** ①From 2011 to 2021, the number of new patients was more than the number of dead patients yearly. The prevalence rate increased year by year from 2012. ②Compared with the baseline, the proportion of schizophrenia decreased while those with bipolar disorder increased in 2021. The proportion of primary school education or below decreased, while those with high education increased. The constituent ratio of patients who were with a job, aged ≥ 46 years, and the duration of non-created files ≤ 5 years increased compared with the baseline, the above all had statistically significant differences($P < 0.05$). ③There were 212 new patients, and schizophrenia and bipolar disorder ranked as the first two of the six types of severe mental illness from 2011 to 2021. The age of the first onset was concentrated in the age group of 19-45 years (65.57%). The number of patients with 5 years or less of the duration of non-created files was the most (40.57%), and the average median was 8.50 years. ④ From 2011 to 2021, there were 90 dead patients. Schizophrenia patients had the most deaths, with 78 cases; The number of patients who died over 60 was the most (74.45%). The top three causes of death were the somatic disease, suicide, and accidental death. The years of life lost (YLL) rate fluctuated between -0.250 ‰ and 1.436 ‰. **Conclusion** From 2011 to 2021, the number of new patients was more than the number of dead patients; the prevalence rate increased, the duration of non-created files was shortened, and the dead patients were mainly elderly with somatic diseases. Targeted measures should be taken to cope with the above changes.

【Key words】Severe mental illness; Community; Newly increase；Death；Prevalence rate

严重精神障碍是指症状严重，对自身健康状况或客观现实不能完整认识的精神疾病，具有患病率高、复发率高、社会攻击性较大、致残率高等特征[1-2]。该类疾病不仅严重影响精神障碍患者及其家属的生活质量，同时也给社会带来沉重负担，是一个重大公共卫生问题，也是较为突出的社会问题[3]。我国严重精神障碍患者数量多，截至 2021 年底，全国登记在册重性精神障碍患者 643 万[4]，而服务体系建设相对滞后，服务资源总量不足（全国每万人人均精神科床位数为 1. 12 张）[5] 。患病人群与收治能力的缺口，导致多数精神障碍患者长期生活在社区。因此通过基层社区卫生机构为该人群提供及时、有效的初级精神卫生服务具有重要意义。本研究对 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征进行分析，以期发现变化规律与发展趋势，为今后开展社区精神疾病防治工作提供借鉴与参考。

1 资料与方法

1.1 数据来源

将截止于 2021 年纳入本社区卫生服务中心管理的所有 6 类严重精神障碍患者的档案信息作为数据来源。根据《国家基本公共卫生服务规范操作手册（第三版）》[6]，6 类严重精神障碍包括：精神分裂症、双相情感障碍、分裂情感障碍、持久性妄想性障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍。确诊患者由具有精神科诊疗资质的医疗机构依据《精神卫生法》上报到北京市精神卫生信息系统，居住地社区卫生服务中心接收，通过系统建立电子档案，纳入社区管理。

1.2 方法

借助北京市精神卫生信息管理系统将所有符合 6 类诊断的患者档案信息，包括性别、年龄等人口学资料、初次发病日期、建档日期、死亡日期、死亡原因及说明等数据导出，进行审校及归纳分类，并以截止于 2010 年 12 月 31 日的患者信息作为基础数据，统计 2011—2021 年历年新增与死亡患者信息，将各日期信息换算为初发年龄、建档年龄、死亡年龄等数据，社区常住人口数来源于社区街道办事处卫生建设办公室。

1.3 统计方法

采用 Excel 2019 对导出的数据进行处理，并计算历年患病率（在册严重精神障碍患者总数/社区常住人口数×1 000）、未建档期（首次发病距社区建档间隔时间）、YLL 率（YLLs /P ×1 000，P 为人口总数）。生命损失年（years of life lost，YLLs）指疾病导致未到预期寿命而发生早死所损失的寿命年数；根据 2022 年 7 月国家卫生健康委员会发布的《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》[7]显示，2021 年中国居民人均预期寿命为 78.2 岁。

采用 SPSS 25.0 对患者的一般人口学资料进行统计分析，计量资料计算均数±标准差，计数资料计算频数和构成比，2010 年基线资料和 2021 年在册患者的人口学资料比较采用卡方检验，P＜0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

2010 年底社区卫生服务中心在册严重精神障碍患者共 288 人，2021 年在册患者 410 人（见表 1）。在册患者年龄最小为 17 岁，最大为 90 岁，平均年龄为（55.96±14.07）岁，其中男性 196 人，女性 214 人；精神分裂症 289 人，双相情感障碍 91 人，分裂情感障碍 6 人，持久性妄想性障碍 4 人，癫痫所致精神障碍 11 人，精神发育迟滞伴发精神障 11 人。一般人口学资料

的分布情况比较显示，疾病类型、受教育程度、工作状况、发病年龄和未建档期的分布变化具有统计学差异。

表 1 一般人口学资料

Table 1 General demographic data

	例数（构成比%）		*P*
	基线患者（N=288） 2010 年	在册患者（N=410） 2021 年	
性别			0.140
男	154（53.47）	196（47.80）	
女	134（46.53）	214（52.20）	
疾病类型			＜0.001*
精神分裂症	246（85.42）	289（70.49）	
双相情感障碍	20（6.94）	91（22.19）	
其他类	22（7.64）	30（7.32）	
婚姻状况			0.596
未婚	105（36.46）	161（39.27）	
已婚	125（43.40）	174（42.44）	
离异	40（13.89）	58（14.15）	
丧偶	18（6.25）	17（4.15）	
受教育程度			＜0.001*
小学及以下	43（14.93）	25（6.10）	
初中	125（43.40）	132（32.20）	
高中	72（25.00）	129（31.46）	
大专及以上	48（16.67）	124（30.24）	
工作状况			0.003*
在职	5（1.74）	31（7.56）	
无业下岗	163（56.60）	219（53.41）	
离退休/学生	120（41.67）	160（39.02）	
是否低保			0.091

是	60（20.83）	65（15.85）	
否	228（79.17）	345（84.15）	
发病年龄（岁）			
≤18	47（16.32）	61（14.88）	0.047*
19～45	215（74.65）	286（69.76）	
≥46	26（9.03）	63（15.36）	
未建档期（年）			＜0.001*
≤5	55（19.10）	128（31.22）	
6～15	104（36.11）	146（35.61）	
≥16	129（44.79）	136（33.17）	

*：$P＜0.05$

2.2 患病率、死亡率和 YLL 率

2011 年社区严重精神障碍患病率为 2.78‰，2021 年社区严重精神障碍患病率 3.77‰；2011 年死亡人数最少为 3 人，死亡率最低为 2.80/10 万，2015 年死亡人数最多为 15 人，死亡率最高 12.50/10 万；YLL 率在-0.250‰至 1.436‰间波动（见表 2）。

表 2 2011—2021 年历年患病率、死亡率和 YLL 率

Table 2 Prevalence, mortality, and YLL rates from 2011-2021

年份（年）	在册患者数	常住人口数	患病率（‰）	死亡患者数	死亡率（1/10 万）	YLL 率（‰）
2011	298	107219	2.78	3	2.80	0.481
2012	321	132753	2.42	9	6.78	0.322
2013	329	132753	2.48	5	3.77	0.723
2014	335	132753	2.53	6	4.52	0.679
2015	340	120000	2.83	15	12.50	0.875
2016	355	116768	3.04	9	7.71	-0.250
2017	362	116768	3.10	12	10.28	0.971
2018	381	112000	3.40	4	3.57	0.204
2019	400	115565	3.46	9	7.79	0.267
2020	405	110654	3.66	8	7.23	1.216

2021	410	108667	3.77	10	9.20	1.436

2.3 新增病例特征分析

2011—2021 年新增患者 212 人，其中男性 84 人（39.62%），女性 128 人（60.38%）；新增患者的平均发病年龄为（35.10±14.44）岁；最小发病年龄为 5 岁，为精神发育迟滞伴发精神障患者，最大发病年龄为 82 岁，为双相情感障碍患者。历年新增患者人数、一般人口学特征及未建档期等详见表 3。

表 3 2011—2021 年历年新增患者的一般人口学特征

Table 3 General demographic characteristics of new patients from 2011-2021

年份（年）	总数	疾病类型（例数）			性别（例数）		发病年龄（岁）			未建档期（年）			
		精分	双相	其他	男	女	≤18	19～45	≥46	≤5	6～15	≥16	中位数
2011	13	9	2	2	7	6	2	9	2	6	6	1	7.00
2012	32	20	10	2	12	20	1	21	10	21	4	7	2.00
2013	13	7	5	1	7	6	-	8	5	9	2	2	2.00
2014	12	6	6	-	4	8	1	10	1	6	2	4	5.50
2015	20	11	8	1	4	16	1	15	4	4	10	6	10.00
2016	24	15	7	2	9	15	3	17	4	7	8	9	14.00
2017	19	10	9	-	6	13	2	7	10	7	7	5	8.00
2018	23	15	7	1	12	11	2	13	8	8	7	8	10.00
2019	28	14	10	4	12	16	3	18	7	6	11	11	14.50
2020	13	6	7	-	5	8	3	9	1	7	3	3	3.00
2021	15	8	6	1	6	9	2	12	1	5	4	6	12.00
合计	212	121	77	14	84	128	20	139	53	86	64	62	8.50

2.4 死亡病例特征分析

2011—2021 年死亡患者 90 人，死亡原因为躯体疾病 76 人（84.44%），其中包括心血管疾病 41 人，脑血管疾病 10 人，肿瘤 9 人，其他躯体疾病 16 人；自杀 7 人（7.78%），2 人为

意外死亡，另有 5 名为无法归类的其他死亡原因。死亡年龄为 60 岁及以下的有 23 人（25.55%），61～75 岁的为 32 人（35.56%），76 岁及以上的有 35 人（38.89%），最低死亡年龄为 33 岁，死亡原因为自杀；最高死亡年龄为 96 岁，死亡原因为心血管疾病；平均死亡年龄为（69.16±13.59）岁。死亡患者的一般人口学资料及死亡原因分布见表 4。

表 4 2011—2021 年历年死亡患者的一般人口学特征及死亡原因

Table 4 General demographic characteristics and causes of death of patients from 2011-2021

年份（年）	疾病类型（例数）			性别（例数）		死亡年龄（岁）			死亡原因（例数）					
	精分	双相	其他	男	女	≤60	61～75	≥76	心血管病	脑血管病	肿瘤	其他躯体病	自杀	意外或其他
2011	3	-	-	1	2	1	1	1	-	1	1	-	1	-
2012	6	2	1	3	6	2	2	5	5	1	1	1	1	-
2013	4	-	1	4	1	3	1	1	1	-	-	3	1	-
2014	6	-	-	5	1	3	1	2	2	1	1	-	1	1
2015	13	1	1	4	11	2	6	7	4	2	1	6	1	1
2016	8	1	-	1	8	-	2	7	6	1	-	1	-	1
2017	10	1	1	7	5	3	5	4	5	1	2	2	-	2
2018	3	-	1	3	1	1	-	3	2	1	-	-	-	1
2019	9	-	-	3	6	-	5	4	8	-	-	-	-	1
2020	7	1	-	5	3	5	2	1	5	-	-	-	2	1
2021	9	-	1	6	4	3	7	-	3	2	3	2	-	-
合计	78	6	6	42	48	23	32	35	41	10	9	16	7	7

3 讨论

近年国家对精神障碍防治工作愈发重视，2004 年国家投入 686 万元在全国开展“686”项目示范区建设，探索精神疾病患者社会化、规范化管理模式及工作机制[5]483，2009 年社区严

重精神障碍管理被纳入国家基本公共卫生体系，与高血压、糖尿病等躯体疾病一同作为慢性病，享受初级卫生保健服务。各地为推进精神障碍社区防治并提高医疗服务质量相继出台多项举措，如北京市建立精神卫生信息管理系统，通过网络直报为患者建立健康档案并进行随访指导，为患者提供免费抗精神病药物治疗、免费健康体检、为家属发放护理补贴，开展社区康复等，这些措施为基层推进精神卫生工作提供了有力支持。严重精神障碍具有同慢性躯体病的相似特征：病程迁延，病情波动反复发作，终身患病。另一方面该类疾病又具有独特性：起病年龄早多为青壮年，缺乏自知力，社会功能受损。起病年龄早意味着病程更长，家庭与社会经济负担更重，自知力缺乏意味着服药依从性较低，患者难以依靠自身完成自我健康管理，社会功能受损意味着患者难以建立正常的人际关系融入社会。因此严重精神障碍患者社区卫生服务重在早期发现、早期诊断、早期干预、全病程管理。新增与死亡精神障碍患者的变化特征反映了一个地区精神疾病发病趋势及生存健康状态，是开展社区精神卫生服务的入口与出口，掌握入口特征可以为落实“三早”原则提供依据，帮助精神障碍患者尽早享受专业医疗服务，维持病情稳定，掌握出口特征可以采取应对措施，提升患者生活质量，延长患者预期寿命。

2019 年流行病学调查数据显示，我国精神分裂症加权终身患病率为 0.6%（95% CI 为 0.1%～1.0%），双相情感障碍加权终身患病率为 0.6%（95% CI 为 0.4%～0.7%）[8]。本研究结果显示：社区历年新增严重精神障碍患者均多于死亡患者，患病率成逐年上升趋势，2021 年患病率 3.77‰，超过北京市 3.6‰平均水平[9]。本研究中 2011—2021 年患病率增加可能与国家加强对重性精神障碍患者的监测与管理[3]779，基层精神障碍防治制度逐渐完善，检出率提高[10]等因素有关，但也应注意这一变化反映了社区精神障碍发展有逐渐严重趋势，应引起基层精神卫生工作者注意，并有针对性地采取防控措施。

对患者一般资料构成比信息分析发现：①疾病类型，精神分裂症（70.49%）及双相情感障碍（22.19%）仍居于社区 6 类严重精神障碍前两位，但精神分裂症较基线减少，双相情感障碍增加；②发病年龄，46 岁及以上中老年组患者较基线增加；③受教育程度，与基线比较小学以下文化水平患者明显减少，大专及以上患者增加；④工作状态，在职患者较基线增加。这说明 2011—2021 年社区新增患者中，双相情感障碍患者增加幅度较明显，新增患者呈现发病年龄较晚，受教育程度较高，具备一定工作能力等特征，这些特征变化为严重精神障碍患者恢复带来一丝希望。但需注意到，青壮年（69.76%）、中等文化水平（中学 63.66%）、无工作（53.41%）等人口特征在 11 年中无显著改变且占据构成主导位置，说明研究中发现的变化对社区精神障碍患者整体人口学分布影响是有限的，因此对发现的变化特征解读仍需审慎。

对新增 212 名患者信息分析发现：精神分裂症患者（121 人）多于双相情感障碍（77 人）及其他 4 类精神障碍（14 人）；女性患者（128 人）多于男性（84 人）；发病年龄以 19～45 岁青壮年为主（65.57%）。未建档期反映了患者首次发病到接受社区建档的时间间隔，与未建档期相关的是未治期（首次发病到首次治疗的时间间隔，Duration of untreated psychosis，DUP），研究发现精神障碍患者 DUP 越长，精神症状越严重、社会功能越差、总体结局较差[11-13]。因此，国外多个国家强调需要缩短 DUP，对精神障碍患者早发现、早治疗、早管理，如英国发布了《到 2020 年实现更好的获得精神卫生服务》，要求 50%以上的首发精神疾病患者在转诊到早期干预服务的 2 周内开始治疗[14]；一项调查显示 70.7%的精神障碍患者 DUP 在 1 年以内[15]。作为 DUP 的延伸，较长的未建档期会给患者带来同样问题，本社区新增患者未建档期 5 年及以下占比 40.57%（86/212），高于同类别 2010 年基线（19.10%）及 2021 年整体水平（31.22%），其中当年发现、就诊确诊、建档患者 26 例（12.26%），未建档期 16 年及以上占比 29.25%（62/212）低于 2010 年基线（44.79%）及 2021 年整体水平（33.17%），说明近 11 年来社会各方在推动患者早期发现、治疗与接受社区卫生服务的工作取得一定效果；未建档期中位数均值 8.50 年说明该指标仍有进一步提升空间。今后一方面应通过社区筛查、宣传教育、基层多部门信息共享交换等方法尽早发现疑似或潜在患者，动员其就诊以明确诊断，缩短发病到就诊时间；一方面应加强医院-社区精神卫生服务一体化建设，借助网络直报功能尽早将确诊患者信息流转至属地社区卫生机构，纳入社区管理视线，缩短就诊确诊到社区建档时间。

对死亡 90 名患者信息分析发现：6 类严重精神障碍患者中，精神分裂症死亡例数与占比最多（78 人，86.67%），与北京市调查结果一致 [16]，这可能与精神分裂症患者基数较大有关；60 岁以上老龄患者死亡例数与占比最多（67 人，74.45%）；排除 5 例因其他原因的死亡患者，社区死因顺位依次为躯体疾病（76 人，84.44%），自杀（7 人，7.78%），意外死亡（2 人，2.22%），与深圳调查结果一致 [17]，躯体疾病中死亡前三位依次为心血管疾病（41 人，53.95%）、脑血管疾病（10 人，13.16%）及肿瘤（9 人，11.84%）。历年患者死亡率在 2.80/10 万至 12.50/10 万间波动，YLL 率在-0.250‰至 1.436‰间波动，但 2011—2021 年其中 10 年的 YLL 率超过 0，说明社区严重精神障碍患者寿命低于居民人均预期寿命。YLL 率数值越大，意味着由于严重精神障碍所致的寿命损失年越多，且会造成较大的疾病负担。一项对中国 34 个省级行政单位健康状况分析的数据显示，由精神障碍造成的疾病负担位居慢性病第 2 位，是导致健康寿命损失年的三大原因之一[18]。这提示基层精神卫生工作应贯彻全病程、全方位管理理念，精神疾

病防治不仅需关注精神症状控制与社会功能恢复，还应关注患者躯体疾病进展，精防医生应与全科医生在社区层面建立联络会诊制度，及时、规范化的指导患者进行健康体检，对 60 岁以上老年精神障碍患者加大体检频次，对共患躯体疾病患者及时转介至全科医生处，健康教育应尽早介入，矫正患者不良生活方式。对于自杀问题，精防医生在随访中应更全面、细致的了解患者病情，必要时从社区、邻居、家属等多方收集信息，及早发现患者自杀风险因素，及时处置。

综上，本研究对 2011—2021 年社区新增与死亡的严重精神障碍患者部分信息进行整理发现如下特征：①从 2012 年开始近 10 年社区患病率成缓慢上升趋势；②相较于基线，精神分裂症与双相情感障碍仍处于 6 类严重精神障碍前两位，但双相情感障碍患者 11 年中增幅明显，中老年、受教育水平高、具备一定工作能力患者 11 年中明显增加，小学以下文化水平患者减少；③相较于基线，新增患者 11 年中短未建档期（≤5 年）患者数量增加；④死亡患者以老龄、躯体疾病为主，社区患者寿命低于居民平均预期寿命。针对上述特征，建议社区多部门联动采取多种措施减缓患病率上升趋势；落实早发现、早诊断原则，缩短未建档期，确保患者尽早享受社区精神卫生服务；对老龄严重精神障碍患者，应增加健康体检频次，有条件社区应建立精防医生-全科医生联络会诊制度。同时需注意到以下问题：①数据来源于同一社区，不适宜作出普遍性推论，今后应开展包括城市、农村等不同形态多社区研究；②对历年数据分析，并未发现不同年份间信息点存在差异，新增与死亡患者特征未发现趋势性变化，这可能与样本量较少有关，今后应尽可能增容样本数量。

作者贡献：孙旭海提出概念，收集数据，论文撰写与修订；石秀秀负责数据整理与分析；赵峥峥负责收集数据，查阅文献；韩金祥负责研究总体目标制定，文章审校；所有作者确认了论文的终稿。

利益冲突情况 ：本文无利益冲突。

参考文献

［1］姚丰菊，张伟平，张瑞岭，等. 河南省严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］. 中国全科医学，2020，23（21）：2702-2708.

YAO F J，ZHANG W P，ZHANG R L，et al. Management and treatment of severe mental disorders in Henan Province［J］. Chinese General Practice，2020，23（21）：2702-2708.

［2］郑富豪，曾昭楠，熊端华，等．福州市严重精神障碍患者管理现状研究［J］．中国医疗管理科学，2019，9（4）：62-65．

ZHEN F H，ZENG S N，XIONG D H，et al．Management of patients with severe mental disorders in Fuzhou［J］．Chinese Journal of Medical Management Sciences，2019，9（4）：62-65．

［3］徐彩娟，汪胤，方政华，等．2016 年湖南地区重性精神障碍影响因素分析［J］．中国临床心理学杂志，2021，29（4）：778-782.

XU C J，WANG Z，FANG Z H，et al. An Analysis of Influencing Factors of Severe Mental Disorders in Hunan in 2016［J］．Chinese Journal of Clinical Psychology，2021，29（4）：778-782.

［4］张五芳， 马宁， 王勋， 等. 2020 年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］． 中华精神科杂志， 2022， 55(2) ： 122-128.

ZHANG W F，MA N，WANG X，et al. Management and services for psychosis in People's Republic of China in 2020［J］Chinese Journal of Psychiatry，2022，55（2）：122-128.

［5］文红，王丹，杨先梅，等．严重精神障碍患者社区管理治疗述评［J］．四川精神卫生，2014，27（6）：481-485.

WENG H，WANG D，YANG X M，et al．Community management and treatment for patients with severe mental disorders [J]. Sichuan Mental Health，2014，27（6）：481-485.

［6］李长明，董燕敏．国家基本公共卫生服务操作手册（第三版）[M]．北京：金盾出版社，2018：208-215.

LI C M，DONG Y M．National Basic Public Health Service Operation Manual (3rd Edition)[M]. Beijing: Jindun Press，2018：208-215.

［7］中国政府网规划发展与信息化司．2021 年我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL]. (2022-07-12)[2022-8-9].

http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml.

Department of Planning, Development and Information Technology of Chinese Government Net. 2021 Statistical Bulletin on the development of China's health undertakings[EB/OL]. (2022-07-12)[2022-8-9].

http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml.

［8］Huang Y, Wang H, Wang B, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. The Lancet Psychiatry, 2019,6(3):211-224.DOI:10.1016/S2215-0366(18)30511-X.

［9］王勋，马宁，吴霞民，等．2018 年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］.中华精神科杂志，2020，53（5）：438-445.

WANG X，MA N，WU X M，et al．Management and services for psychosis in People's Republic of China in 2018［J］Chinese Journal of Psychiatry，2020，53（5）：438-445.

[10] 庄思琪，苗春霞，张洪永，等. 2016-2020 年徐州市严重精神障碍流行病学特征分析[J]. 中国预防医学杂志，2021，22（8）：592-597.

ZHANG S Q，MIAO C X，ZHANG H Y，et al．Epidemiological characteristics of patients with severe mental Disorders in Xuzhou, 2016-2020［J］．China Preventive Medicine，2021，22（8）：592-597.

[11] Ran MS, Xiao Y, Chui C, et al. Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study[J]. Psychiatry Res, 2018, 267: 340-345. DOI: 10.1016/j. psychres.2018.06.043.

［12］Cechnicki A, Cichocki Ł, Kalisz A, et al. Duration of untreated psychosis (DUP) and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study[J]. Psychiatry Res, 2014, 219(3): 420-425. DOI: 10.1016/j. psychres.2014.05.046.

［13］Murru, A., Carpiniello, B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review[J]. Neuroscience letters, 2018, 669: 59–67. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003

［14］GOV. UK. Achieving better access to mental health services by 2020. Department of Health, 2014. https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-services-achieving-better-access-by-2020

［15］Cotter J, Zabel E, French P, et al. Prolonged duration of untreated psychosis: a problem that needs addressing[J]. Early intervention in psychiatry, 2017, 11(3): 263–268. https://doi.org/10.1111/eip.12308

［16］徐秋月，许莹，闫芳. 2015－2018 年北京市严重精神障碍患者死因分析［J］．首都公共卫生，2020，14(5): 250-252.

XU Q Y，XU Y，YAN F. Analysis on cause of death for the patients with severe mental disorders in Beijing, 2015-2018［J］．Capital Journal of Public Health，2020，14(5): 250-252.

［17］彭小冬，金冬，周志坚，等. 深圳市 2008－2017 年社区严重精神障碍死亡报告病例分析［J］．中国心理卫生杂志，2018，32（9）：738-740.

PENG X D，JIN D，ZHOU Z J，et al．Analysis of reported deaths of severe mental disorders in Shenzhen, 2008-2017 [J]. Chinese Journal of Mental Health，2018，32（9）：738-740.

［18］Maigeng Z, Wang HD, Zeng XY, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. The Lancet, 2019, 10204(394): 1145-1158.